

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Saúde Sexual e Reprodutiva em Adultos com  
Diabetes Mellitus Tipo 1**

**Mariana Correia Veiga Baptista**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)**

**2018**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Saúde Sexual e Reprodutiva em Adultos com Diabetes  
Mellitus Tipo 1**

**Mariana Correia Veiga Baptista**

**Dissertação orientada pela Professora Doutora Patrícia Pascoal e coorientada pela  
Professora Doutora Luísa Barros**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)**

**2018**



## AGRADECIMENTOS

À Professora Patrícia Pascoal, o meu sincero agradecimento, pela orientação neste trabalho, disponibilidade e dedicação. Obrigada por não desistir de mim e por me incentivar a continuar, mesmo quando o caminho parecia difícil. A sua sabedoria, persistência e profissionalismo são uma inspiração e foram cruciais para a conclusão desta etapa.

À Professora Luísa Barros, não só pela coorientação neste trabalho, mas por ser uma inspiração enquanto profissional e professora. Muito obrigada pelos conhecimentos transmitidos e pela disponibilidade e empenho que sempre demonstrou para comigo e com este projeto.

À Associação Portuguesa de Jovens Diabéticos e ao Grupo “Amigos da APDP Diabetes”, pelo profissionalismo, disponibilidade e colaboração.

Aos meus pais, por serem os melhores pais do mundo e das minhas maiores inspirações. Obrigada por me ensinarem a maior parte das coisas que sei hoje e pelo apoio incondicional que sempre me transmitiram. Foi, em parte, graças a vocês que cheguei até aqui, porque acreditaram sempre em mim e nas minhas capacidades. Mesmo estando sozinha numa cidade nova e a 300km de casa, vocês nunca duvidaram que eu era capaz. E fui mesmo. Espero, com este trabalho, deixar-vos (ainda mais) orgulhosos de mim.

Aos restantes membros da minha família, em especial às minhas avós e à minha bisavó, pela constante preocupação com a vossa netinha, por todo o apoio e por estarem sempre presentes na minha vida.

Aos meus amigos de casa: Rita, Joana, Joana Rita, Catarina, Carol, Popi, André, Beja, João, Bruno, Francisco, Rui e Mário, por fazerem parte da minha vida desde que me lembro e por acompanharem mais uma etapa, a primeira em que caminhamos separados, mas nem isso foi suficiente para deixarem de estar presentes. Quer seja em Portimão, Lisboa, Coimbra, Portalegre, Covilhã, Košice, Londres, Tallinn ou Amesterdão, sei que posso contar sempre com as vossas *Almas*.

Aos amigos que a faculdade me deu, por me fazerem sentir em casa e esquecer os 300km de distância. Em especial, à Ana, por dar os melhores abraços e conselhos a qualquer hora (mesmo às 4h da manhã!), à Sofia, pela amizade, partilha mútua de dramas e coragem que teve ao tornar-se minha colega de casa, à Carina, por ter sempre uma palavra de encorajamento e pelos momentos que passámos e ao Marcelo por ser a pessoa mais calma do grupo e por toda a paciência que tem para nós. Obrigada por nunca me deixarem anular a matrícula, *Amiguinhos*. À Joana, à Filipa e à Sara, por estarem sempre

lá, desde o primeiro ano, pelo que aprendemos juntas em cada trabalho de grupo, pelas memórias, pela amizade e partilha ao longo destes 5 anos. Dizem que as amizades que fazemos na faculdade são para a vida, vocês já não se livram de mim!

Ao Tiago, não só pelo amor e carinho de todos os dias, mas também pela paciência para ouvir os meus dramas e por ter sempre uma palavra a dizer, mesmo quando não era a que eu queria ouvir. Obrigada por acreditares mais em mim do que eu própria, por nunca me deixares desistir e por passares horas a fazer-me companhia (e a jogar!!) enquanto eu trabalhava. Sou uma sortuda por te ter ao meu lado!

E por último, mas não menos importante, à pessoa sem a qual nada disto seria possível: eu! Parabéns Mariana! Conseguiu aprender, crescer, viajar, manter uma vida social e a sanidade mental (ou parte dela), fazer mil e uma coisas ao mesmo tempo e acabar o curso. Passados cinco anos, está feito! *You did it! You go Girl!*

## RESUMO

A Diabetes Mellitus Tipo 1 (DMT1) é uma doença crônica com grande prevalência a nível mundial. Esta patologia implica uma terapêutica exigente, cuja não adesão pode, a longo prazo, resultar no desenvolvimento de diversas complicações, entre as quais problemas na saúde sexual e/ou reprodutiva dos indivíduos. No entanto, existe uma escassez de investigações que estudem esta temática em adultos com DMT1. O presente estudo tem como principal objetivo conhecer as perceções acerca da doença e explorar as significações e experiências das relações românticas amorosas e de saúde sexual e reprodutiva em pessoas adultas com DMT1. Apresenta uma abordagem exploratória qualitativa, através de três questões abertas, respondidas online, por uma amostra de adultos ( $n = 20$ ), com idade igual ou superior a 35 anos ( $M = 41,30$ ,  $DP = 5,22$ ), que falem português e com diagnóstico de DMT1. As respostas foram analisadas de acordo com os princípios da análise temática. Com base na análise dos resultados, foram identificados três temas representativos dos desafios, estratégias e questões/dúvidas específicas, no que concerne às relações amorosas e à saúde sexual e reprodutiva dos adultos com DMT1: *Ajustamento diádico* (e.g., revelação da diabetes ao parceiro e envolvimento do parceiro), *Experiências na vida sexual e reprodutiva* (e.g., relações sexuais e saúde reprodutiva) e *Ajustamento individual* (e.g., gestão da doença e gestão da vida pessoal e diária). Estes resultados realçam a importância das relações amorosas e da saúde sexual e reprodutiva em adultos portadores de condição crônica, como é o caso da DMT1, no bem-estar dos mesmos. Neste sentido, pode ser destacado o papel dos profissionais de saúde para esta temática, uma vez que estes podem contribuir através da sua prática clínica para um melhor ajustamento individual e diádico.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus Tipo 1, Saúde sexual e reprodutiva; Relações amorosas, Adultos, Análise Temática.

## ABSTRACT

Type 1 Diabetes Mellitus (T1DM) is a chronic disease with a high prevalence worldwide. This pathology involves demanding therapy, which the non-adherence may, in long term, result in the development of various complications, including problems in the sexual and/or reproductive health of individuals. However, there is a shortage of investigation which study this subject in adults with T1DM. This study has as main objective to know the perceptions about the disease and to explore the meanings and experiences of the amorous relationships and sexual and reproductive health in adults with T1DM. It presents a qualitative exploratory approach, through three open questions, answered online, by a sample of adults ( $n = 20$ ), with 35 year or older ( $M = 41,30$ ,  $SD = 5,22$ ), who speak portuguese and have a diagnosis of T1DM. The answers were analyzed according to the principles of thematic analysis. Based on the analysis of the results, three themes representing the specific challenges, strategies and questions /doubts concerning the romantic relationships and sexual and the reproductive health of adults with DMT1, were identified: *Dyadic adjustment* (e.g., reveal diabetes to partner and partner involvement), *Experiences in sexual and reproductive life* (e.g., sexual relations and reproductive health) and *Individual adjustment* (e.g., disease management and personal and daily life management). These results highlight the importance of romantic relationships and sexual and reproductive health in adults with chronic conditions, such as T1DM, in their well-being. In this sense, the role of health professionals can be highlighted for this theme, since they can contribute through their clinical practice to better individual and dyadic adjustment.

**Key words:** Type 1 Diabetes Mellitus, Sexual and reproductive health, Amorous relationships, Adults, Thematic analysis.

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>3</b>
2.1. Diabetes Mellitus Tipo 1 (DMT1) .....	3
2.2. Epidemiologia e Prevalência.....	4
2.3. Enquadramento Teórico.....	4
2.4. Sexualidade e Doença Crónica .....	5
2.5. Saúde Sexual e Reprodutiva e Diabetes Tipo 1 .....	6
2.6. Presente estudo.....	8
<b>3. MÉTODO.....</b>	<b>9</b>
3.1. Participantes.....	9
3.2. Procedimento .....	9
3.3. Análise de Dados .....	11
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>12</b>
4.1. Ajustamento diádico .....	12
4.2. Experiências na vida sexual e reprodutiva.....	14
4.3. Ajustamento individual.....	16
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>29</b>
<b>7. ANEXOS .....</b>	<b>34</b>



## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> <i>Descrição dos temas, subtemas e códigos incluindo exemplos de respostas encontradas nas respostas às três perguntas .....</i>	18
---	----

## ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Mapa temático relativo ao tema Ajustamento diádico .....	12
<i>Figura 2.</i> Mapa temático relativo ao tema Experiências na vida sexual e reprodutiva..	14
<i>Figura 3.</i> Mapa temático relativo ao tema Vivência pessoal .....	16

## 1. INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus Tipo 1 (DMT1)<sup>1</sup> é uma doença crónica, caracterizada pela deficiência na secreção de insulina (Almeida & Pereira, 2008; American Diabetes Association (ADA), 2014). Esta é habitualmente diagnosticada na infância e na adolescência e, segundo Ziaei-Rad, Vahdaninia, e Montazeri (2010), os seus efeitos ocorrem 5 a 10 anos após o diagnóstico. O tratamento desta patologia é exigente e a não adesão ao mesmo aumenta substancialmente o risco de morbilidade e mortalidade do paciente (Almeida & Pereira, 2008). A longo prazo, esta doença pode causar diversas complicações na saúde dos pacientes, entre as quais, disfunção sexual (ADA, 2014).

Com a crescente incidência desta condição crónica a nível mundial, têm sido desenvolvidos estudos em dois sentidos. Por um lado, no sentido de procurar compreender o funcionamento metabólico e biológico das pessoas com diabetes, assim como o impacto que as complicações crónicas e as expectativas acerca das mesmas, têm a médio e longo prazo na vida dos indivíduos. Complementarmente, têm também sido desenvolvidos estudos que consideram o papel das dimensões psicológicas e interpessoais, tais como as relações amorosas, para compreender o processo de adaptação à doença e de adesão dos indivíduos à terapêutica, e o impacto destas dimensões na satisfação com a vida e os seus correlatos.

Nas relações amorosas em adultos, é normal que estes se sintam mais seguros quando o parceiro está por perto, demonstrando-se acessível e responsivo (Fraley & Shaver, 2000). Quando um indivíduo se sente inseguro, angustiado, doente ou ameaçado, o parceiro é usado como fonte de segurança, conforto e proteção (Fraley & Shaver, 2000). Numa vida condicionada por uma doença crónica, o sexo pode ser uma fonte de conforto, prazer e intimidade, porém esta pode ter efeitos negativos no relacionamento e satisfação sexual quer nos próprios doentes quer nos parceiros (McInnes, 2003). Os efeitos de uma doença crónica na sexualidade podem afetar todas as fases da resposta sexual, acarretando efeitos biológicos, psicológicos e sociais (McInnes, 2003).

Numa investigação recente de Santos (2017), os resultados obtidos demonstraram que, para adultos emergentes, entre os 18 e os 35 anos, com DMT1, as relações românticas e a saúde sexual e reprodutiva constituem uma fonte de desafios, dúvidas e experiências, sendo a possibilidade de hipoglicemia ou hiperglicemia durante o ato sexual, uma das

---

<sup>1</sup> Neste estudo o acrónimo DMT1 refere-se ao tipo específico de Diabetes, a Diabetes Mellitus Tipo 1 e DM refere-se à generalidade da doença - Diabetes Mellitus.

mais referidas. Apesar de ser evidente o impacto que uma doença crónica, como a DMT1, tem nas diferentes áreas da vida, podendo ser entendida como uma ameaça às rotinas quotidianas e acarretando custos físicos, psicológicos, familiares, profissionais e sociais (Cardoso, 2004), não existem investigações que estudem as perceções sobre a doença em adultos com DMT1 e a sua eventual associação com as significações e experiências nas relações amorosas e na saúde sexual e reprodutiva. A obtenção de conhecimento sobre esta temática, proveniente de fontes que experienciam o que é viver e relacionar-se com esta doença, pretende não só preencher a lacuna existente na investigação, como contribuir para incrementar o saber para profissionais de saúde e grupos de interesse (e.g., associações de doentes) sobre a saúde sexual e reprodutiva de adultos com DMT1 e fornecer contributos para elementos a introduzir nas abordagens psicoeducativas.

O presente trabalho está organizado em quatro secções principais: a *Revisão de Literatura*, onde, como o nome indica, é apresentada uma revisão da literatura considerada pertinente sobre a temática e os principais conceitos do estudo; o *Método*, no qual são descritas as características dos participantes, os procedimentos necessários para a realização da investigação e a metodologia utilizada para a análise de dados; os *Resultados*, onde são descritos e analisados os resultados obtidos; e a *Discussão*, na qual são apresentados os principais resultados, as implicações e limitações do estudo e sugestões de possíveis investigações futuras.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1. Diabetes Mellitus Tipo 1 (DMT1)**

A Diabetes Mellitus (DM) é uma patologia crônica caracterizada por níveis elevados de glicose no sangue, hiperglicemia, que resulta, segundo a ADA (2014), de defeitos na secreção de insulina, na sua ação, ou de ambos. O desenvolvimento desta doença envolve vários processos patogênicos, podendo originar a destruição das células  $\beta$  do pâncreas, causando uma deficiência na secreção da insulina, ou anormalidades que podem causar resistência do organismo à ação da mesma (ADA, 2014).

A longo prazo, a DM pode causar diversas complicações, tais como disfunção e falhas em diferentes órgãos. A ADA (2014) aponta várias complicações, entre as quais, a disfunção sexual. No entanto, Ziaei-Rad et al., (2010), referem que estas ocorrem 5 a 10 anos após o diagnóstico e que, ainda assim, estas podem ser prevenidas ou adiadas através de um controle preciso dos níveis de açúcar no sangue. Uma vez que não é possível prever de forma rigorosa o tempo do aparecimento dos efeitos da DM na função sexual, as expectativas dos pacientes face aos seus efeitos podem ser muito variáveis, devido ao grau de incerteza a que estão sujeitos.

Existem diversos tipos de diabetes, porém, a maior parte dos casos desta doença divide-se em duas amplas categorias: a Diabetes Mellitus tipo 1 (DMT1) e a Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2). A DMT1 caracteriza-se por uma deficiência total na secreção de insulina, enquanto que a DMT2, muito mais prevalente na população, é caracterizada por uma resistência à ação da insulina e por uma resposta compensatória inadequada à secreção da mesma (ADA, 2014).

A presente investigação tem apenas como foco a DMT1. Nesta patologia as células  $\beta$  do pâncreas são destruídas, pelo que ocorre uma ausência total da produção de insulina (Almeida & Pereira, 2008; Portal da Diabetes, n.d.). Dado que a insulina é responsável pela glicemia, isto é, pela concentração da glicose no sangue, e pelo metabolismo dos hidratos de carbono, a sua não produção tem como consequências a hiperglicemia e a incapacidade para utilizar e armazenar os hidratos de carbono (Almeida & Pereira, 2008). Deste modo, para fazer face a esta deficiência na produção de insulina, os pacientes com DMT1 necessitam de uma terapêutica com insulina para toda a vida (Portal da Diabetes, n.d.).

## **2.2. Epidemiologia e Prevalência**

A DMT1 é “uma das patologias crônicas que tem um tratamento mais exigente e cuja não adesão, coloca o paciente em risco substancialmente acrescido de morbilidade e mortalidade” (Almeida & Pereira, 2008, p.295). A má adesão terapêutica e o mau controlo metabólico estão na origem de complicações a longo prazo, tais como a disfunção sexual, dificilmente observáveis na adolescência, que podem influenciar a qualidade de vida do paciente e representam um importante problema de saúde pública (Sperling, 1996; ISPAD, 1995, 200, citado por Almeida & Pereira, 2008; ADA, 2014).

Estima-se que a DMT1 atinja menos de 5% da população mundial, no entanto, esta percentagem tem vindo a aumentar ligeiramente em idades cada mais jovens (Boavida, 2016). Segundo o relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes (Gardete Correia et al., 2016), em 2015, a DMT1 atingia 3327 crianças e jovens com idades entre os 0-19 anos, correspondendo a 0,16% da população portuguesa nesta faixa etária.

## **2.3. Enquadramento Teórico**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças crônicas são definidas com base em uma ou mais das seguintes características: “são permanentes, produzem incapacidades residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados” (Sabaté, 2003, p.4). Trata-se de um conceito suscetível a múltiplas definições (Cardoso, 2004). Porém, Blanchard (1982, citado por Cardoso, 2004, p.385), simplifica-o, referindo que “as doenças crônicas são aquelas que têm de ser geridas em vez de curadas”.

Uma doença é, quase sempre, percebida como um “mal maior” (Cardoso, 2004). Desta forma, o aparecimento de uma doença crónica, como a DMT1, constitui um fator que tem impacto em diferentes áreas da vida, podendo ser entendida como uma ameaça às rotinas quotidianas (e.g., necessidade de controlar os níveis de glicose no sangue e várias injeções de insulina ao longo do dia), assumindo uma conotação potencialmente negativa, uma vez que acarreta custos físicos (e.g., sintomas da doença), psicológicos (e.g., expectativas em relação à doença), profissionais (e.g., possibilidade interferência da sintomatologia e/ou da terapêutica na dinâmica do trabalho), familiares e sociais (e.g., necessidade de explicar a doença e os seus sintomas às pessoas à sua volta) (Cardoso, 2004). Apesar de existir um número significativo de pessoas viver com esta condição, a

mesma continua a ter um impacto negativo na relação entre a própria pessoa e o seu próprio corpo, o seu projeto de vida e todo o contexto em este se insere (Cardoso, 2004).

Quando um paciente é diagnosticado com uma doença crónica, geralmente este desenvolve um padrão de crenças sobre a sua condição, baseadas nos seus próprios conhecimentos médicos ou na experiência pessoal de outros, com sintomas ou diagnóstico semelhantes (Petrie & Weinman, 2006). De acordo com o Modelo do Senso Comum de Auto-regulação da Saúde e da Doença (Leventhal, Brissette & Leventhal, 2003), as representações cognitivas e emocionais da doença são originadas pelos estímulos situacionais (e.g., os sintomas da diabetes) (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006). Estas representações são processadas em paralelo em três fases: primeiro, o indivíduo elabora a representação acerca da doença, em seguida, seleciona os comportamentos que acha necessários para lidar com ela e, por fim, avalia a eficácia desses comportamentos (Broadbent et al., 2006). A resposta emocional do indivíduo à doença e o seu comportamento de confronto, são diretamente influenciadas pelas percepções da doença ou representações cognitivas da mesma (Petrie & Weinman, 2006), estando, desta forma, a adesão ao tratamento dependente da forma como o indivíduo percebe a sua doença.

## **2.4. Sexualidade e Doença Crónica**

A sexualidade é, além de um direito humano básico, uma parte fundamental de uma vida saudável (World Association for Sexual Health, 2008, citado por Verschuren, Enzlin, Dijkstra, Geertzen, & Dekker, 2010). Para a maioria da população sem doenças, a sexualidade contribui para a qualidade de vida pessoal e relacional (Laumann et al., 2005, citado por Verschuren, et al., 2010).

Numa vida condicionada por uma doença crónica, o sexo pode ser considerado como uma poderosa fonte de conforto, prazer e intimidade, porém esta pode ter efeitos negativos no relacionamento e satisfação sexual quer nos próprios doentes quer nos parceiros (McInnes, 2003). No que concerne à sexualidade, as doenças crónicas podem afetar todas as fases da resposta sexual, acarretando diversos efeitos, tais como: biológicos (e.g., redução das funções cardiovasculares e pulmonares, fadiga e dor), psicológicos (e.g., ansiedade, perda da auto-estima e depressão) e sociais (e.g., o estigma social associado à noção de que as pessoas doentes ou deficientes podem querer fazer sexo) (McInnes, 2003).

O impacto da doença crónica no funcionamento e bem-estar sexual é, também, determinado pelo estágio da vida em que esta ocorre (Verschuren, et al., 2010). Quando a doença crónica antecede o início da vida sexual de um indivíduo, este tem em consideração que a sua condição clínica faz parte da sua vida sexual e das suas expectativas em relação à mesma (Verschuren, et al., 2010). Em contrapartida, se um indivíduo for confrontado com a doença depois de se tornar sexualmente ativo, poderá ser necessário encontrar mecanismos para lidar com as mudanças impostas pela doença, com os seus tratamentos e as consequências desta sobre o funcionamento e o bem-estar sexual (Verschuren, et al., 2010).

É relevante conhecer a associação entre a sexualidade e a doença crónica em adultos sexualmente ativos, nomeadamente na vivência e manutenção das relações românticas e da vida íntima, sexual ou reprodutiva, tendo em conta as especificidades da doença e os efeitos negativos que a mesma pode originar.

## **2.5. Saúde Sexual e Reprodutiva e Diabetes Tipo 1**

O conceito de saúde sexual e reprodutiva engloba dois conceitos distintos, ainda assim, associados. Por um lado, o conceito de saúde sexual é “um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade; não é apenas a ausência de doença, disfunção ou enfermidade. A saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e das relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais agradáveis e seguras, livres de coerção, discriminação e violência. Para que a saúde sexual seja alcançada e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e mantidos” (World Health Organization, 2006, p.5). Por outro lado, saúde reprodutiva foi definida na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento como “um direito humano e um elemento fundamental de igualdade e de género” (Patriota, 1994, p.34). Segundo a mesma, é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deve fazer” (Patriota, 1994, p.62).

Desta forma, para a presente investigação, torna-se relevante destacar o impacto desta doença na saúde sexual e reprodutiva, uma vez que esta não só pode afetar a fertilidade masculina e feminina como também a função sexual.

Como referido ao longo desta dissertação, a diabetes é uma doença que pode causar múltiplas disfunções, entre as quais, psicológicas (Ryan, 1997) e sexuais (Thomas & LoPiccolo, 1994). Vários estudos mostraram que existe um maior risco de disfunção erétil em homens com diabetes (e.g., Close & Ryder, 1995; Feldman, Goldstein, Hatzichristou, Krane, McKinlay, 1994, McCulloch, Campbell, Wu, Prescott & Clarke, 1980; Veves, Webster, Chen, Payne & Boulton, 1995; Webster, 1994, citado por Enzlin, Mathieu, Van den Bruel, Vanderschueren, & Demyttenaere, 2003), relacionado com uma diabetes mais longa, um mau controlo metabólico e a presença e quantidade de complicações causadas pela doença (Fedele, Bortolotti, Coscelli, Santeu-sanio, Chatenoud, Colli, Lavezzari, Landoni & Parazzini 2000, citado por Enzlin, et al., 2003). Nas mulheres diabéticas, os problemas sexuais receberam muito menos atenção nas pesquisas e na prática clínica, embora estas possuam o mesmo risco para desenvolver complicações da doença (Koch & Young, 1988, citado por Enzlin et al., 2003). A disfunção sexual feminina é comum em mulheres com diagnóstico de DMT1 e afeta todos os aspetos da função e satisfação sexual, a qual tem um importante impacto negativo para a qualidade de vida e das relações com os parceiros (Enzlin et al., 2009). Os resultados do estudo de Enzlin et al., (2009), forneceram evidências de que os fatores psicológicos (e.g., depressão) e o estado civil, são os principais preditores de disfunção sexual em mulheres com DMT1 e que o controlo glicémico e as complicações da doença não estão associados a este conceito.

A saúde reprodutiva tanto dos homens como das mulheres com DMT1 também pode estar afetada. Nos homens, a DMT1 pode causar um aumento dos níveis de ADN nuclear e mitocondrial, afetando também o ADN do esperma, o que pode originar níveis baixos de fecundidade e influenciar a generalidade da saúde reprodutiva (Basmatzou & Konstantinos Hatziveis, 2016). No que diz respeito às mulheres, os problemas manifestam-se ao nível das trompas de Falópio e útero, distúrbios menstruais, puberdade e menarca tardias e menopausa precoce (Basmatzou & Konstantinos Hatziveis, 2016; Codner, Merino & Tena-Sempere, 2012).

Numa investigação recente de Santos (2017), os resultados obtidos demonstraram que, para adultos emergentes, entre os 18 e os 35 anos, com DMT1, as relações românticas e a saúde sexual e reprodutiva constituem uma fonte de desafios, dúvidas e experiências, sendo a possibilidade de hipoglicemia ou hiperglicemia durante o ato sexual, uma das mais referidas. No entanto, alguns dos participantes desta investigação não identificaram desafios específicos na vivência da sua saúde sexual e reprodutiva, provavelmente por se



tratar de uma amostra jovem, cujo diagnóstico foi feito há menos de 10 anos e, portanto, podem ainda não ter experienciado as complicações a longo prazo que esta doença pode causar (Santos, 2017).

Assim, considerando que a DMT1 é, habitualmente, diagnosticada na infância e na adolescência e que os seus efeitos podem ocorrer 5 a 10 anos após o diagnóstico (Ziaei-Rad et al., 2010), torna-se relevante estudar e avaliar as especificidades das experiências na área das relações românticas e da saúde sexual e reprodutiva em adultos com DMT1, uma vez que é expectável que a experiência de adultos ( $\geq 35$  anos) seja diferente da dos adultos emergentes (18-35 anos).

## **2.6. Presente estudo**

A presente investigação pretende contribuir para incrementar o conhecimento já existente acerca da saúde sexual e reprodutiva em pessoas com diagnóstico de DMT1, através de três questões de resposta aberta acerca dos desafios e estratégias na manutenção das relações amorosas; das questões ou dúvidas referentes à vida sexual e /ou reprodutiva específicas da doença; e das dificuldades na vida sexual ou reprodutiva ligadas à doença.

Para atingir o objetivo proposto, foi desenvolvido um questionário online, divulgado nas redes sociais, especificamente em grupos de apoio para esta população. A metodologia online foi considerada a mais adequada para este estudo, por se tratar de um tema sensível e uma vez que permitiu chegar a mais zonas geográficas e, portanto, a uma população mais diversificada. Através desta, foi estabelecida uma parceria com um grupo de pacientes com DMT1, que, não só reviram a adequação do protocolo, como deram um importante contributo acerca das questões mais importantes a serem estudadas.

Trata-se, pois, de um estudo transversal, constituído por um questionário de dados sociodemográficos e por três questões abertas sobre relações amorosas e saúde sexual e reprodutiva. Neste trabalho, foram analisadas as questões abertas, tratando-se, portanto, de um estudo de natureza qualitativa.

As respostas fornecidas à presente investigação, podem contribuir, não só para preencher a lacuna existente na investigação, como também para incrementar o conhecimento para profissionais de saúde e grupos de interesse (e.g., associações de doentes) sobre a saúde sexual e reprodutiva de adultos com DMT1 e fornecer contributos para elementos a introduzir nas abordagens psicoeducativas, de forma a melhorar a qualidade das relações amorosas dos pacientes e na aceitação dos sintomas e complicações da doença quer dos próprios pacientes quer dos seus parceiros.

### **3. MÉTODO**

#### **3.1. Participantes**

Um total de 57 pessoas aceitaram participar no presente estudo, dando o seu consentimento informado, das quais 37 abandonaram o questionário: 13 não completaram o mesmo e 24 apenas responderam ao questionário sociodemográfico.

A amostra final foi constituída por 20 participantes, 12 mulheres (60%) e 8 (40%) homens. A média de idades dos participantes foi 41,30 anos (DP = 5,22) e a média de tempo desde que receberam o diagnóstico da doença foi 19,83 anos (DP = 11,47)<sup>2</sup>. No que concerne para o tipo de terapêutica associada à doença, 13 (65%) participantes referiram utilizar canetas de insulina e 7 (35%) sistemas de perfusão subcutânea contínua de insulina (bombas de insulina). Relativamente às complicações associadas à DMT1, 17 (85%) participantes responderam que não possuem quaisquer complicações e 3 (15%) participantes referiram ter complicações (e.g., retinopatia). Quanto à orientação sexual, 19 (95%) participantes referiram ser heterossexuais e 1 (5%) identificou-se como homossexual. Todos participantes referiram já ter iniciado a sua vida sexual, dos quais 8 (40%) referiram não ter filhos e 12 (60%) referiram ter 1 ou mais. No que diz respeito à situação relacional atual, 5 (25%) participantes eram solteiros, 14 (70%) encontravam-se numa relação monogâmica e 1 (5%) referiu estar noutra situação não especificada. A maioria dos participantes, 18 (90%), respondeu que residia em meio urbano, enquanto que 2 (10%) referiram residir em meio rural. A maior parte dos participantes, 13 (65%), referiu ter habilitações académicas ao nível de licenciatura ou superior, 3 (15%) referiram ter frequência universitária incompleta, 3 (15%) o 12º ano completo e 1 (5%) o 10º - 11º ano.

#### **3.2. Procedimento**

O presente estudo está integrado num projeto sobre a saúde sexual de adultos com DMT1, e focar-se-á nas experiências de adultos ( $\geq 35$  anos) com DMT1, que se espera que sejam diferentes da dos adultos emergentes (18-35 anos) previamente analisadas.

Para o efeito, foi desenvolvido um questionário com o apoio de um grupo de pacientes com diagnóstico de DMT1, que deram o seu contributo acerca das questões mais importantes a serem estudadas e reviram a adequação e pertinência do protocolo.

---

<sup>2</sup> Existem dados omissos.

Após a aprovação pela Comissão Especializada de Deontologia do Conselho Científico da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, o questionário foi partilhado em páginas relacionadas com a DMT1 nas redes sociais (e.g., Associação Portuguesa de Jovens Diabéticos e Grupo “Amigos da APDP Diabetes”), convidando as pessoas a participarem no estudo. A metodologia online foi considerada mais adequada por se tratar de um tema sensível e por permitir chegar a mais zonas geográficas, portanto, a uma população mais diversificada.

Para serem incluídos no presente estudo, os participantes deviam: (a) falar português; (b) ter diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 1; e (c) ter idade igual ou superior a 35 anos.

Foi utilizada uma amostra de conveniência, recolhida entre Novembro de 2017 e Março de 2018. Inicialmente, os participantes eram redirecionados para a página do consentimento informado (Anexo 1), que continha informações relativamente à natureza e objetivos do estudo, nome das investigadoras, critérios de inclusão na amostra, carácter voluntário da participação, tempo de duração do questionário, anonimato e confidencialidade (e.g., não foi recolhido nenhum dado pessoal que permitisse identificar o participante e os IPs foram apagados) e o e-mail de contacto para esclarecimentos, questões, comentários e/ou para ter acesso aos resultados globais obtidos no estudo.

Após concordarem em participar no estudo, os participantes responderam a um questionário sociodemográfico cujo intuito foi recolher dados como género, idade, nacionalidade, país de residência, língua materna, meio e zona de residência, habilitações académicas, profissão, e informação específica sobre situação relacional íntima/romântica e/ou sexual (e.g., orientação sexual, situação relacional atual, número de filhos, início da vida sexual) e sobre a DMT1 (e.g., há quantos anos foi recebido o diagnóstico, tipo de terapêutica utilizada, complicação associada à doença) (Anexo 2). Os participantes responderam, ainda, a um conjunto de questões abertas: (1) “Considera que existem desafios específicos que se colocam aos adultos com Diabetes Mellitus Tipo 1, na manutenção de relações amorosas com outra pessoa (e.g., namorado/a)? Pode dar exemplos? Que estratégias podem ser utilizadas para lidar com esses desafios?”; (2) “Que tipo de questões, dúvidas ou experiências referentes à vida sexual e /ou reprodutiva considera serem específicas de adultos com Diabetes Mellitus Tipo 1? (Se possível, apresente vários exemplos)” e (3) “Já sentiu alguma dificuldade na sua vida íntima, sexual ou reprodutiva ligada à Diabetes Mellitus Tipo 1? Em caso afirmativo, como lidou com essa situação ou outras semelhantes?”.

No final do questionário, foram ainda incluídos recursos públicos (e.g., contactos de linhas de apoio) que os participantes podiam utilizar caso tivessem necessidade de apoio ou esclarecer questões ligadas à sexualidade.

### **3.3. Análise de Dados**

A análise dos dados quantitativos obtidos através das respostas ao questionário sociodemográfico foi feita com recurso ao *software IBM SPSS 25* e a análise dos dados qualitativos obtidos através das respostas dos participantes às três questões abertas foi feita com recurso ao *software QSR NVIVO 11*, ambos para MAC.

A abordagem metodológica utilizada para a análise dos dados foi a análise temática, descrita por Braun e Clarke (2006) como um método de seis etapas, que permite ao investigador identificar, analisar e reportar padrões nos dados qualitativos, denominados temas. Trata-se, pois, de um método atóxico e que necessita de flexibilidade por parte do investigador, uma vez que depende da sua interpretação para determinar o que é um tema (Braun & Clarke, 2006; Braun & Clarke, 2014).

A primeira etapa consistiu numa leitura sistemática das respostas dos participantes às três questões abertas, de forma a obter uma primeira visualização geral e familiarização com os dados e identificar tópicos emergentes. Em seguida, foi feita uma organização e codificação inicial, na qual os dados foram classificados e agrupados em categorias, denominadas códigos. Na terceira etapa, os vários códigos foram organizados em subtemas de acordo com os padrões de semelhança emergentes entre eles e posteriormente organizados em temas principais mais abrangentes. Seguidamente, os códigos foram revistos e recodificados, até chegar a um sistema final de categorias. De forma a conferir maior precisão ao estudo, estes foram ainda submetidos a uma verificação da sua validade pela orientadora deste trabalho. Na quinta etapa, os temas foram revistos e nomeados de forma a explicar em que consistia o mesmo, quais os códigos que o incluíam e como se relacionavam entre si. Por fim, a sexta etapa, envolveu a análise final e a redação das conclusões que, no presente estudo, corresponde à secção dos resultados.

## 4. RESULTADOS

Através da análise temática das três questões abertas colocadas aos participantes, com o objetivo de conhecer as percepções acerca da doença e explorar as significações e experiências das relações amorosas e de saúde sexual e reprodutiva em pessoas adultas com DMT1, emergiram 3 temas principais: *Ajustamento diádico*, *Experiências na vida sexual e reprodutiva* e *Ajustamento individual*. Os vários temas, subtemas e códigos emergentes estão organizados na Tabela 1.

### 4.1. Ajustamento diádico

Este tema agrega os subtemas e códigos que salientam a componente interpessoal da experiência da diabetes, nomeadamente a forma como se envolve o/a parceiro/a na experiência da gestão da doença.

Os resultados obtidos através da análise efetuada revelaram que a adaptação interpessoal e os ajustes diádicos são feitos ao nível da *Revelação da diabetes ao parceiro* e do *Envolvimento do parceiro* (para uma representação gráfica da relação entre temas, subtemas e códigos, ver Figura 1).

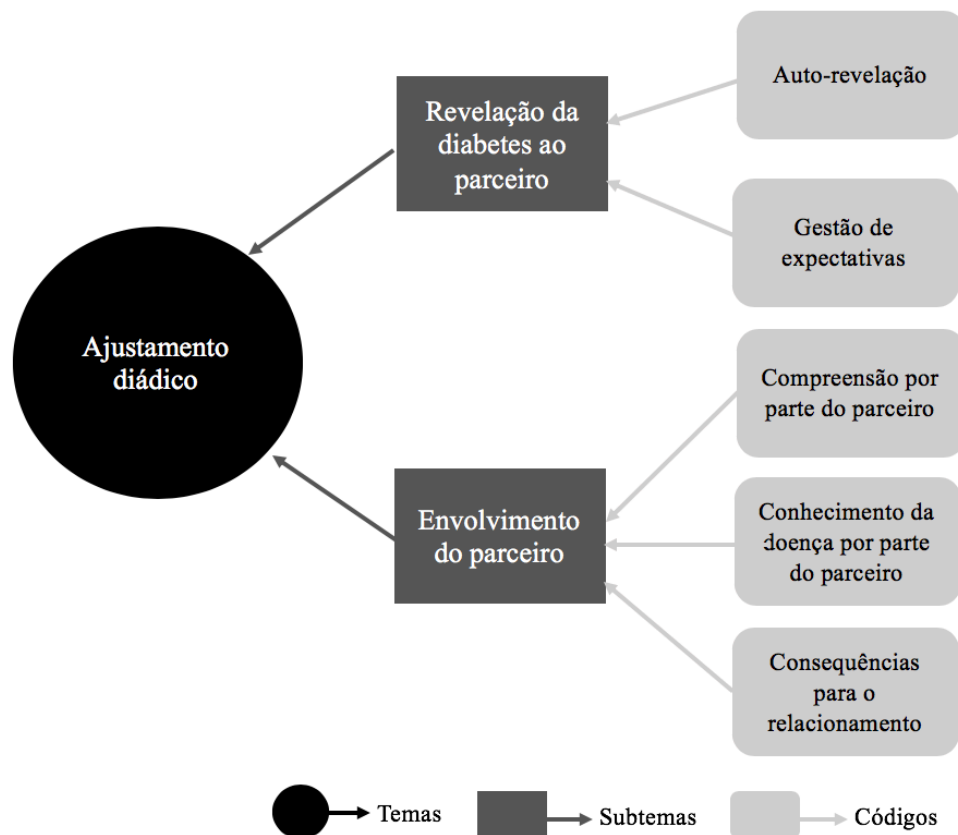


Figura 1. Mapa temático relativo ao tema Ajustamento diádico

### *Revelação da diabetes ao parceiro*

Neste subtema é evidente que existe uma componente de partilha do diagnóstico e suas implicações.

Relativamente à revelação da diabetes ao parceiro, as respostas dos participantes revelaram a importância da *auto-revelação*, - “Necessário informar que as alterações de glicemia pode ter algum impacto na vida íntima assim como na reprodutiva.”; “Partilhar o controlo das glicemias etc. ser honesto ajuda a lidar com isso.” - enfatizando a necessidade de partilhar informação sobre a doença e a sua gestão com o parceiro. No discurso dos participantes, emergiu, também, a questão da *gestão de expectativas*, nomeadamente na maneira como lidam com as próprias expectativas e do parceiro em relação à doença, aos sintomas e à sua gestão e a não aceitação da doença por parte do parceiro - “As flutuações de humor derivadas da glicemia, o futuro incerto quanto ao nosso estado de saúde, o stress e o tempo que nos ocupa a gestão da doença, tudo isso influencia... E há quem fuja (...) avaliar o impacto dela no outro e se terá capacidade e vontade verdadeira de fazer parte da solução e não do problema é indispensável quando se inicia ou está para iniciar um relacionamento...”; “Lidar... Não se lida, sobrevive-se! Mede-se antes, e "tem-se esperança que corra tudo bem"!”.

### *Envolvimento do parceiro*

Este subtema agrega a informação acerca da forma como o/a parceiro/a é incluída e se adapta à gestão da doença.

No que concerne ao envolvimento do parceiro, os participantes destacaram a importância da *compreensão* - “São situações chatas, mas meu marido compreende.” - e do *conhecimento da doença* por parte do mesmo - “Se houver interesse, há variadíssimas maneiras de obter informação. No meu caso, o meu namorado, hoje marido, procurou informar-se.”. Por outro lado, surgiram nas respostas dos participantes, relatos relacionados com as *consequências* que a doença pode acarretar para o relacionamento e para a vida sexual/reprodutiva - “As flutuações glicémicas podem gerar flutuações de humor podendo interferir com a relação. Para além disso, o facto de a pessoa não aceitar a sua diabetes também pode refletir em frustrações para o relacionamento.”; “(...) por vezes sentimo-nos menos bem ou porque os níveis de glicose baixam e ficamos mais irritados e descarregamos na nossa parceira.”.

## 4.2. Experiências na vida sexual e reprodutiva

Este tema tem a particularidade de integrar as experiências já vividas ao nível da vida sexual e da vida reprodutiva do/as participantes.

No que diz respeito aos resultados obtidos relativamente às experiências na vida sexual e produtiva, os participantes reportaram dificuldades experienciadas ao nível das *infecções genitais*, referindo maioritariamente a candidíase - “Maior risco de infeções como Candidíase (comum em mulheres diabéticas)”;

“(…) a candidíase é mais comum em diabéticas não tão bem controladas.”. Além disso, foram encontrados dois subtemas: *Relações sexuais* e *Saúde Reprodutiva* (para uma representação gráfica da relação entre temas, subtemas e códigos, ver Figura 2).

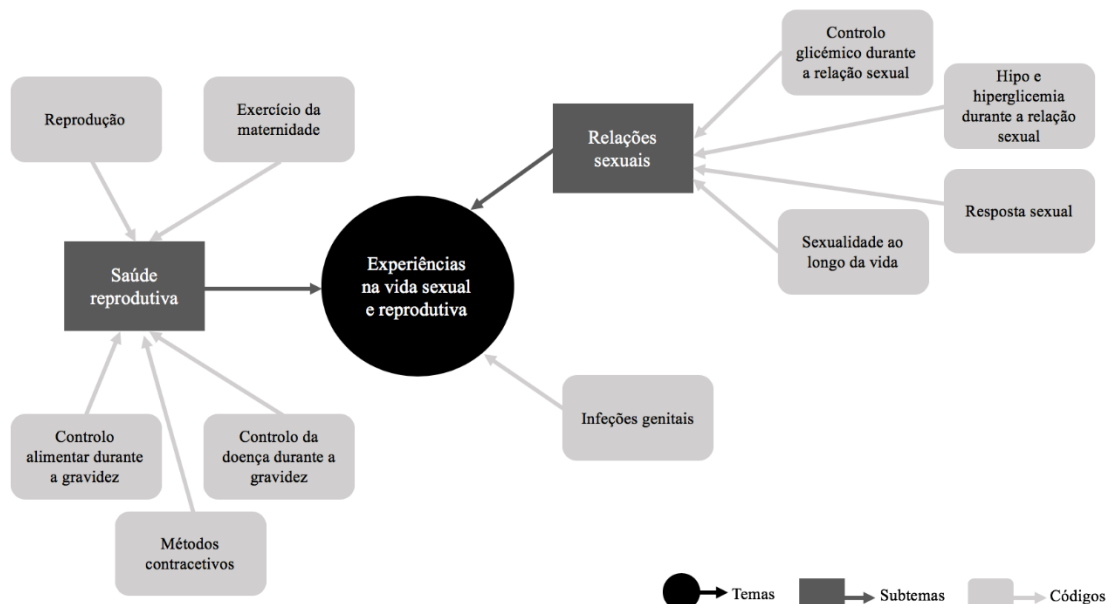


Figura 2. Mapa temático relativo ao tema Experiências na vida sexual e reprodutiva

### *Relações sexuais*

Este subtema agrega a informação acerca da forma como são experienciadas as relações íntimas do/as participantes.

Relativamente às relações sexuais, os participantes reportaram a possibilidade de ocorrência de *hipo e hiperglicemia durante a relação sexual* - “É necessário ter em conta o nível de glicose no sangue, pois pode acontecer uma hipoglicemia durante o ato sexual.”; “Tive uma vez uma quebra de açúcar, que me impediu, momentaneamente de ter relação sexual, mas foi só, durante a falha de açúcar...depois, tudo bem na mesma.”. De forma a controlar estas flutuações na glicemia, os participantes referiram a necessidade de um *controlo glicémico durante a relação sexual* e as estratégias utilizadas

para o conseguir, nomeadamente comer algo antes dos momentos de intimidade - “Reposição dos valores de açúcar e retomar a atividade sexual.”; “Manter glicemias controladas em momentos de intimidade.”; “Para se lidar com a situação ter em conta que se deve comer algo antes do ato sexual.”. Nas suas respostas, os participantes referiram, também, algum comprometimento do ciclo de *resposta sexual* (e.g., dor) - “Quando existe um descontrolo dos níveis de glicose torna se doloroso realizar a penetração pois fico com dores no pénis.”; “A hiperglicemia causa cansaço e, algumas vezes, fez diminuir a libido.”. Na resposta de um participante, este revelou a sua preocupação relativa aos efeitos da diabetes durante o envelhecimento, tendo, assim, emergindo o código *sexualidade ao longo da vida* - “A sexualidade ao longo do envelhecimento. A que ponto a Diabetes pode condicionar.”.

### *Saúde Reprodutiva*

Este subtema contém informação acerca dos aspetos relativos à saúde reprodutiva dos/as participantes, nomeadamente particularidades relativas à questão da gravidez e maternidade e preocupações referentes uso dos métodos contraceptivos.

No que diz respeito à saúde reprodutiva, os participantes referiram as suas dúvidas e receios sobre todos os temas relativos à *reprodução*, nomeadamente, gravidez, o seu planeamento, complicações e possibilidade de transmissão da diabetes para o filho - “Se é possível ter filhos. As complicações que daí advêm para mãe e filho.”; “Receios relativos à passagem hereditária da DM1, no que diz respeito ao aspeto reprodutivo.”. Foi, também, referida nas respostas dos participantes a necessidade de um *controlo da doença durante a gravidez* e as formas de o conseguir, nomeadamente através de um controlo glicémico exigente - “Tinha muita consciência da necessidade de estar controlada desde o momento da conceção (...) esquema de insulina 'agressivo' (...) tinha que pôr o despertador para as cinco da manhã para fazer um reforço de insulina.”; “Relativamente à gravidez é necessário manter um controle rigoroso das glicemias” - e a necessidade um de *controlo alimentar* específico durante o período da gravidez - “Foi o período que mais fome passei, a dieta era extremamente rigorosa.”. Os participantes reportaram as dificuldades sentidas no *exercício da maternidade* - “Se foi mais difícil ser mãe tendo diabetes? Sim. Muito mais difícil.”. Por fim, no que concerne ao subtema relativo à saúde reprodutiva, foi referido o uso e implicações dos *métodos contraceptivos* - “Eu diria que talvez a questão contraceptiva tivesse sido a minha principal preocupação, já que a pílula não foi uma escolha pacífica pela questão hormonal, o DIU tinha associado



o maior risco de infecções como Candidíase (comum em mulheres diabéticas) e o preservativo nunca me pareceu a opção mais cómoda numa relação estável e monogâmica.”; “A influência dos diferentes métodos contraceptivos no controlo metabólico.”.

#### 4.3. Ajustamento individual

Este tema agrega os subtemas e códigos que salientam a componente intrapessoal da experiência da diabetes, nomeadamente a forma como o próprio indivíduo se adapta à doença.

No que diz respeito aos resultados obtidos relativamente ao ajustamento individual à doença, foram encontrados dois subtemas: *Gestão da doença* e *Gestão da vida pessoal e diária* (para uma representação gráfica da relação entre temas, subtemas e códigos, ver Figura 3).

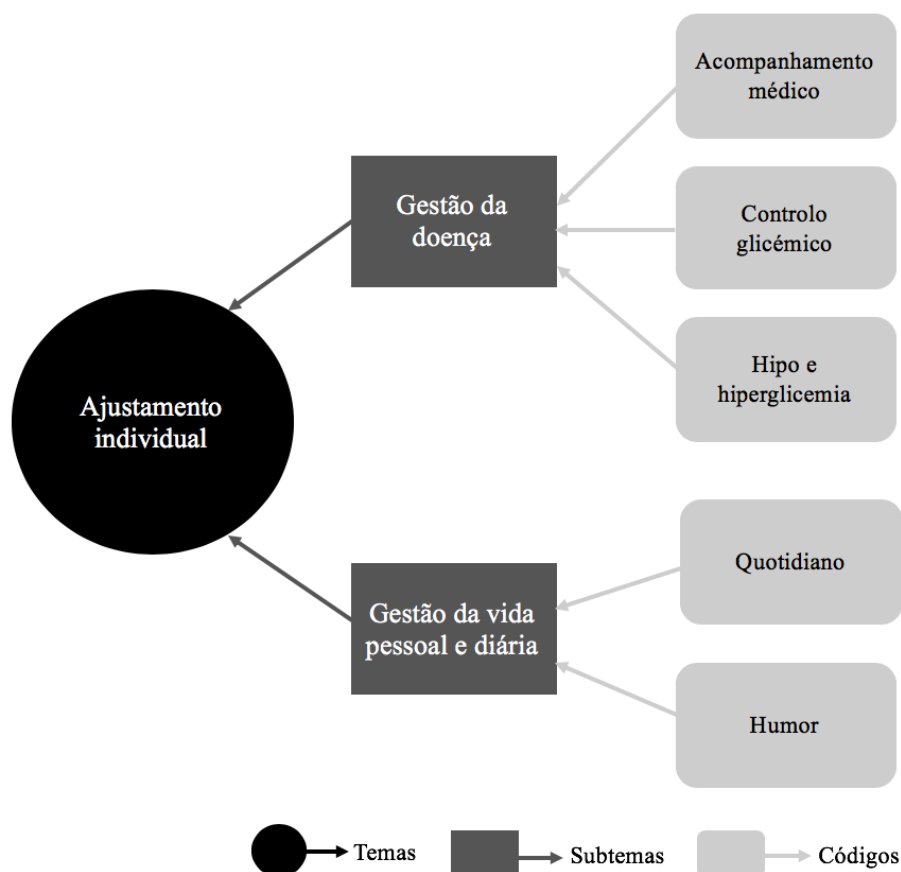


Figura 3. Mapa temático relativo ao tema Vivência pessoal

### *Gestão da doença*

Este subtema contém informação acerca da forma como o próprio indivíduo se adapta à gestão da doença.

Nas respostas dos participantes referentes à gestão da doença, os participantes referiram a ocorrência de *hipo e hiperglicemia* no contexto na vida diária - “(...) por vezes sentimo-nos menos bem ou porque os níveis de glicose baixam.”; “Corremos o risco de ter hipo/hiperglicemia, então, precisamos medir a glicemia. A hiperglicemia causa cansaço e a hipoglicemia mal-estar.”. De forma a controlar estas flutuações na glicemia, os participantes referiram a necessidade de um *controlo glicémico*, de forma a ter bons níveis de glicemia, e as terapêuticas utilizadas para o efeito - “O facto de ter de efetuar as pesquisas de glicemia, regularmente, ter de usar as canetas.”. Os participantes referiram, ainda, a necessidade de *acompanhamento médico* e de realizar exames face às complicações causadas pela doença - “Em relação ao que foi dito anteriormente tive que consultar um urologista e fazer exames médicos.”

### *Gestão da vida pessoal e diária*

Este subtema agrega informação acerca dos aspetos relativos às experiências vividas no contexto da doença e dos seus sintomas.

Na gestão da vida pessoal e diária, um dos participantes reportou as consequências da doença, dos sintomas e da sua gestão para o seu *quotidiano* - “Fiz consulta de diabetes pré-gestacional durante um ano, até obter indicação para tentar engravidar. Foi um ano com 2 consultas semanais, que acabou por me custar o emprego.” e outro enfatizou as estratégias utilizadas para lidar com as flutuações de *humor* causadas pelos níveis de glicemia - “A estratégia será não se deixar levar pela primeira reação e refletir antes de agir.”.

**Tabela 1.**

*Descrição dos temas, subtemas e códigos incluindo exemplos de respostas encontradas nas respostas às três perguntas*

<b>Temas (Terceiro Nível)</b>	<b>Subtemas (Segundo Nível)</b>	<b>Codificação (Primeiro Nível)</b>	<b>Descrição</b>	<b>Exemplos</b>
Ajustamento diádico	Revelação da diabetes ao parceiro	Auto-Revelação	Partilha de informação sobre a doença e a sua gestão	<p>“Necessário informar que as alterações de glicemia podem ter algum impacto na vida íntima assim como na reprodutiva.”</p> <p>“Assumir a doença logo no início e não esconder.”</p> <p>“Partilhar o controlo das glicemias etc. ser honesto ajuda a lidar com isso.”</p> <p>“Explicar o porquê, sem causar desconforto ou desconfiança à outra parte. Tentar explicar, exemplificar, demonstrar informação multimédia sobre o assunto.”</p>
		Gestão de expectativas	Lidar com as próprias expectativas e do parceiro em relação à doença, aos sintomas e à sua gestão e não aceitação da doença por parte do parceiro	<p>“Para além disso, o fato de a pessoa não aceitar a sua diabetes também pode refletir em frustrações para o relacionamento.”</p> <p>“As flutuações de humor derivadas da glicemia, o futuro incerto quanto ao nosso estado de saúde, o stress e o tempo que nos ocupa a gestão da doença, tudo isso influencia... E há quem fuja (...) avaliar o impacto dela no outro e se terá capacidade e vontade verdadeira de fazer parte da solução e não do problema é indispensável quando se inicia ou está para iniciar um relacionamento...”</p> <p>“Lidar... Não se lida, sobrevive-se! Mede-se antes, e "tem-se esperança que corra tudo bem"! ”</p>
	Envolvimento do parceiro	Compreensão por parte do parceiro	Compreensão e empatia por parte do parceiro	<p>“São situações chatas, mas meu marido compreende.”</p>

Experiências na vida sexual e reprodutiva		Conhecimento da doença por parte do parceiro	Conhecimento do parceiro sobre a doença e a sua gestão	“Se houver interesse, há variadíssimas maneiras de obter informação. No meu caso, o meu namorado, hoje marido, procurou informar-se.”
		Consequências para o relacionamento	Consequências da doença, dos sintomas e da sua gestão para o relacionamento e vida sexual/reprodutiva	<p>“Sim claro por vezes sentimo-nos menos bem ou porque os níveis de glicose baixam e ficamos mais irritados e descarregamos na nossa parceira.”</p> <p>“As flutuações glicémicas podem gerar flutuações de humor podendo interferir com a relação. Para além disso, o facto de a pessoa não aceitar a sua diabetes também pode refletir em frustrações para o relacionamento.”</p> <p>“As flutuações de humor derivadas da glicemia, o futuro incerto quanto ao nosso estado de saúde, o stress e o tempo que nos ocupa a gestão da doença, tudo isso influencia... E há quem fuja.”</p>
		Infeções genitais	Dificuldades experimentadas ao nível de infeções genitais	<p>“Maior risco de infeções como Candidíase (comum em mulheres diabéticas).”</p> <p>“Além, disso, temos mais chances de ter candidíase, infeção que precisa ser tratada.”</p> <p>“(...) a candidíase é mais comum em diabéticas não tão bem controladas.”</p> <p>“Também tive candidíase algumas vezes.”</p>
	Relações sexuais	Controlo glicémico durante a relação sexual	Necessidade de manter os níveis de glicose durante o ato sexual e estratégias utilizadas para o conseguir, nomeadamente, comer algo antes dos momentos de intimidade devido às variações dos níveis de glicemia	<p>“Para se lidar com a situação ter em conta que se deve comer algo antes do ato sexual.”</p> <p>“Momentos de pausa para comer.”</p> <p>“Reposição dos valores de açúcar e retomar a atividade sexual.”</p> <p>“Manter glicemias controladas em momentos de intimidade”</p>

	Hipo e hiperglicemia durante a relação sexual	Ocorrência flutuações na glicemia (hipoglicemia ou hiperglicemia) no contexto da relação sexual	<p>“É necessário ter em conta o nível de glicose no sangue, pois pode acontecer uma hipoglicemia durante o ato sexual.”</p> <p>“Não conseguir ter uma prestação satisfatória devido a hipoglicemia.”</p> <p>“Tive uma vez uma quebra de açúcar, que me impediu, momentaneamente de ter relação sexual, mas foi só, durante a falha de açúcar...depois, tudo bem na mesma.”</p> <p>“Nada de maior, a não ser o impedimento ou adiamento se dou conta que estou em hipo. Situação que se regulariza e volta tudo ao normal, num espaço de 20 a 30 minutos.”</p>
	Resposta sexual	Comprometimento do ciclo de resposta sexual (e.g., ereção, dor, ...)	<p>“Quando existe um descontrolo dos níveis de glicose torna se doloroso realizar a penetração pois fico com dores no pénis.”</p> <p>“A hiperglicemia causa cansaço e, algumas vezes, fez diminuir a libido.”</p> <p>“O possível impacto da diabetes no desempenho sexual. Por exemplo, associado às complicações da diabetes, em particular a impotência.”</p> <p>“O receio da disfunção erétil, creio que seja o maior para os homens.”</p>
	Sexualidade ao longo da vida	Efeitos da diabetes durante o envelhecimento	<p>“A sexualidade ao longo do envelhecimento. A que ponto a Diabetes pode condicionar.”</p>
Saúde reprodutiva	Reprodução	Dúvidas sobre todos os temas relativos à reprodução, nomeadamente, gravidez, o seu planeamento, complicações e	<p>“Se é possível ter filhos. As complicações que daí advêm para mãe e filho.”</p> <p>“Se é transmissível, se afetará quer reprodutiva quer emocional.”</p> <p>“Engravidar. É preciso um grande plano com muitas consultas e muitos cuidados.”</p>

Ajustamento individual			possibilidade de transmissão da diabetes para o filho	“Receios relativos à passagem hereditária da DM1, no que diz respeito ao aspeto reprodutivo.”
	Exercício da maternidade		Dificuldades sentidas na maternidade	“Se foi mais difícil ser mãe tendo diabetes? Sim. Muito mais difícil.”
	Controlo da doença durante a gravidez		Necessidade de controlo rigoroso da doença durante o período da gravidez e formas de o conseguir, nomeadamente através de um controlo glicémico exigente	“Tinha muita consciência da necessidade de estar controlada desde o momento da conceção (...)esquema de insulina 'agressivo' (...)tinha que pôr o despertador para as cinco da manhã para fazer um reforço de insulina.” “Relativamente à gravidez é necessário manter um controle rigoroso das glicemias.”
	Controlo alimentar durante a gravidez		Necessidade de controlo alimentar específico durante o período da gravidez	“Foi o período que mais fome passei, a dieta era extremamente rigorosa.” “Controlo alimentar.”
	Métodos contraceptivos		Uso e implicações dos métodos contraceptivos	“Eu diria que talvez a questão contraceptiva tivesse sido a minha principal preocupação, já que a pílula não foi uma escolha pacífica pela questão hormonal, o DIU tinha associado o maior risco de infeções como Candidíase (comum em mulheres diabéticas) e o preservativo nunca me pareceu a opção mais cómoda numa relação estável e monogâmica.” “A influência dos diferentes métodos contraceptivos no controlo metabólico.”
	Gestão da doença	Acompanhamento médico	Necessidade de consultar um médico e de realizar exames face às complicações causadas pela doença	“Fiz consulta de diabetes pré-gestacional durante um ano, até obter indicação para tentar engravidar. Foi um ano com 2 consultas semanais.” “Em relação ao que foi dito anteriormente tive que consultar um urologista e fazer exames médicos.”

	Controlo glicémico	Necessidade de um controlo dos níveis de glicose de forma a ter bons níveis de glicemia e terapêuticas utilizada para o efeito (e.g., bomba de insulina)	<p>“O controle é essencial, mas nem sempre conseguimos atingir bons níveis de glicemia.”</p> <p>“Poderá haver outras questões menores como por exemplo como fazer com a bomba de insulina.”</p> <p>“O facto de ter de efetuar as pesquisas de glicemia, regularmente, ter de usar as canetas.”</p>
	Hipo e hiperglicemia	Ocorrência de flutuações na glicemia (hipoglicemia ou hiperglicemia) no contexto na vida diária	<p>“Sim claro por vezes sentimo-nos menos bem ou porque os níveis de glicose baixam.”</p> <p>“Questões físicas: valores da glicemia.”</p> <p>“As flutuações de humor derivadas da glicemia.”</p> <p>“Existem, por ex. as mudanças de humor com a variação dos níveis de glicemia.”</p> <p>“Corremos o risco de ter hipo/hiperglicemia, então, precisamos medir a glicemia. A hiperglicemia causa cansaço e a hipoglicemia mal-estar.”</p>
Gestão da vida pessoal e diária	Quotidiano	Consequências da doença, dos sintomas e da sua gestão para a vida pessoal e diária	“Fiz consulta de diabetes pré-gestacional durante um ano, até obter indicação para tentar engravidar. Foi um ano com 2 consultas semanais, que acabou por me custar o emprego.”
	Humor	Estratégias utilizadas para lidar com as flutuações de humor causadas pelos níveis de glicemia	“A estratégia será não se deixar levar pela primeira reação e refletir antes de agir.”

## 5. DISCUSSÃO

A presente investigação teve como principal objetivo conhecer as percepções acerca da doença e explorar as significações e experiências das relações amorosas e de saúde sexual e reprodutiva em pessoas adultas (com idade igual ou superior a 35 anos) com DMT1. Mais especificamente, com o presente estudo pretendeu-se explorar as significações e experiências acerca: (1) dos desafios e estratégias na manutenção das relações amorosas; (2) das questões ou dúvidas referentes à vida sexual e /ou reprodutiva específicas da doença; (3) e das dificuldades na vida sexual ou reprodutiva ligadas à doença.

A amostra do estudo está na meia idade ( $M = 41,30$ ), é urbanizada e com elevado nível de literacia, o que não é representativo da população com diabetes. Segundo os dados do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF) de 2015, a prevalência da diabetes na população residente em Portugal, com idades entre os 25 e os 74 anos, mostrou-se mais elevada na região do Alentejo (11,3%) comparativamente à região do Algarve (7,7%) e revelou ser mais elevada nos indivíduos sem escolaridade ou com o ensino médio (20,1%) do que naqueles com ensino superior (4,0%) (Barreto et al., 2016).

Considerando a análise conjunta das três questões abertas, o primeiro tema que emergiu nas respostas dos participantes foi a *Ajustamento diádico*, do qual fazem parte os subtemas *Revelação da diabetes ao parceiro* e *Envolvimento do parceiro*. No que diz respeito à *Revelação da diabetes ao parceiro*, Checton, Greene, Magsamen-Conrad, e Venetis (2012), confirmam a ideia de que a partilha de informação sobre a doença crónica com o parceiro pode permitir ao paciente encarar de forma mais positiva a doença e a sua complexidade e imprevisibilidade. No que concerne ao subtema *Envolvimento do parceiro*, é enfatizada a importância da compreensão e da literacia em relação à doença por parte do mesmo. No contexto de uma doença crónica, um dos aspetos primordiais do bem-estar psicológico é o processo de aceitação da doença e de todos os seus estádios (e.g., diagnóstico, tratamento, progresso, prognóstico e complicações) quer pelo próprio paciente quer pelo seu parceiro (Verschuren, et al., 2010). Nesse sentido, “a reação emocional de um parceiro - seja de apoio ou de rejeição - ao diagnóstico, tratamento, processo e progresso de uma doença pode influenciar tanto o bem-estar psicológico do paciente quanto o funcionamento relacional do casal” (Verschuren, et al., 2010, p.158). Também no que remete para o conhecimento da doença por parte do parceiro, os resultados encontrados são consistentes com a literatura existente, uma vez que a



consciência do parceiro sobre os sintomas da doença e o facto de este demonstrar preocupação contribui para o sentimento de ser amado e cuidado (Sparud-Lundin, Öhrn & Danielson, 2010). Também o facto de a DMT1 acarretar consequências para o relacionamento é consistente com o estudo de Cardoso (2004) que refere o impacto que uma doença crónica, como a DMT1, tem nas diferentes áreas da vida, acarretando, entre outros, custos, familiares e sociais.

Relativamente ao segundo tema, *Experiências na vida sexual e reprodutiva*, importa lembrar que, uma vez que os efeitos da diabetes podem ocorrer 5 a 10 anos após o diagnóstico (Ziaei-Rad et al., 2010) e a média de tempo desde que os participantes receberam o diagnóstico da doença foi 19,83 anos<sup>3</sup>, estes já se encontram na janela temporal em que os sintomas podem aparecer. Os resultados obtidos no que concerne para as dificuldades experimentadas ao nível de infeções genitais, vão de encontro à literatura existente sobre esta temática, que confirma o risco de desenvolvimento de candidíase vaginal ao qual as pacientes de DM estão sujeitas (Sobel, 1993; Reed, 1992). No que diz respeito às *Relações sexuais*, os participantes reportaram a possibilidade de ocorrência de hipoglicemia ou hiperglicemia no decurso da relação sexual e, consequentemente, a necessidade de controlar as flutuações da glicemia durante os momentos de intimidade. Num estudo de Basson, Rucker, Laird, e Conry, (2001) sobre a sexualidade, foram comparadas as perspetivas de mulheres com DMT1, DMT2 e sem DM sobre o desejo sexual, satisfação sexual, ponto de vista em relação à sexualidade e função sexual. Os resultados demonstraram que as mulheres com DMT1 preocupam-se mais em ter hipoglicemia durante a atividade sexual do que as com DMT2 (Basson, et al., (2001). Ainda assim, alguns participantes relativizam estes “contratempos” - “Tive uma vez uma quebra de açúcar, que me impediu, momentaneamente de ter relação sexual, mas foi só, durante a falha de açúcar...depois, tudo bem na mesma.”; “Nada de maior, a não ser o impedimento ou adiamento se dou conta que estou em hipo. Situação que se regulariza e volta tudo ao normal, num espaço de 20 a 30 minutos.”. Esta relativização da situação pode estar relacionada com o que é referido por Verschuren, et al., (2010). Este autor salienta que, quando a doença crónica antecede o início da vida sexual de um indivíduo, como é o caso da DMT1 por ser diagnosticada habitualmente na infância e adolescência, este tem em consideração o impacto que a sua condição clínica tem no seu funcionamento e bem-estar sexual, considerando a doença como parte da sua vida sexual

---

<sup>3</sup> Existem dados omissos.

e das suas expectativas em relação à mesma (Verschuren, et al., 2010). Os participantes referiram, ainda, a possibilidade de ocorrência de um comprometimento do ciclo de resposta sexual, consistente com a ideia descrita na literatura de que a DM é uma doença que pode causar múltiplas disfunções, entre as quais, sexuais (Thomas & LoPiccolo, 1994), existindo um maior risco de disfunção erétil em homens com diabetes (e.g., Close & Ryder, 1995; Feldman, Goldstein, Hatzichristou, Krane, McKinlay, 1994, McCulloch, Campbell, Wu, Prescott & Clarke, 1980; Veves, Webster, Chen, Payne & Boulton, 1995; Webster, 1994, citado por Enzlin, et al., 2003). Também a disfunção sexual feminina é comum em mulheres com diagnóstico de DMT1 e afeta todos os aspetos da função e satisfação sexual, a qual tem um importante impacto negativo para a qualidade de vida e das relações com os parceiros (Enzlin et al., 2009). No que concerne para a *Saúde reprodutiva* dos participantes, estes expressaram as suas dúvidas sobre todos os temas relativos à reprodução, nomeadamente, gravidez, o seu planeamento, complicações e possibilidade de transmissão da diabetes para o filho. A literatura existente sobre este tema confirma que, em mulheres diabéticas, níveis elevados de glicose estão associados a problemas perinatais quer para a mãe quer para o bebé (Casson et al., 1997) e que descendentes de mães com DMT1 têm maior probabilidade de desenvolver diabetes ao longo das suas vidas (Weiss, Scholz, Haas, Tamussino, Seissler, & Borkenstein, 2000). Os participantes reportaram, também, a necessidade de um controlo específico e rigoroso da doença e da alimentação durante o período da gravidez. Estes resultados são consistente com as recomendações da ADA (2002), que advoga um planeamento da gravidez e aconselhamento pré-concepcional, de forma a reduzir as complicações da gravidez (e.g., abortos espontâneos e malformações congénitas), uma vez que, segundo Kitzmiller, Buchanan, Siri, Combs, e Ratner, 1996, uma gravidez planeada contribui para melhores níveis de glicose no sangue e, conseqüentemente, aumenta a probabilidade de uma gravidez e descendência mais saudável.

Por fim, o último tema emergente das respostas aos participantes, refere-se ao *Ajustamento individual* à doença e engloba os subtemas *Gestão da doença* e *Gestão da vida pessoal e diária*. A *Gestão da doença* é referida pelos participantes através de várias necessidades implicadas pela doença (e.g., necessidade de consultar um médico e de realizar exames face às complicações causadas pela doença e a necessidade de controlo dos níveis de glicose face as flutuações da mesma no contexto da vida diária), o que parece refletir uma autonomia na gestão da mesma, uma vez que esta gestão é identificada como um comportamento necessário ao ajustamento à doença. No que remete para a

gestão das doenças crónicas, a literatura refere a importância das perceções da doença ou representações cognitivas da mesma na resposta emocional do indivíduo à doença e no seu comportamento de confronto (Petrie & Weinman, 2006), estando, desta forma a gestão da doença dependente da forma como o indivíduo a percebe. Ainda no que remete para a *gestão da doença*, na amostra do estudo, a maior parte dos participantes (13) referiu utilizar canetas de insulina, contra 7, que referiram utilizar sistemas de perfusão subcutânea contínua de insulina (bombas de insulina). Nas suas respostas, um dos participantes referiu, ainda, dúvidas no que concerne à utilização da bomba de insulina como meio para controlar os níveis de glicose. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de, em Portugal, o acesso a bombas de insulina grátis ser apenas assegurado a crianças em idade pediátrica, isto é, até aos 18 anos (Serviço Nacional de Saúde (SNS), 2017). Ainda assim, a literatura existente sobre esta temática, reforça o papel das bombas de insulina na redução dos episódios de hipoglicémia e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes com diabetes (Carvalho, 2006). No que diz respeito à *Gestão da vida pessoal e diária* o aparecimento de uma doença crónica, como a DMT1, constitui um fator que tem impacto em diferentes áreas da vida, podendo ser entendida como uma ameaça às rotinas quotidianas (e.g., necessidade de controlar os níveis de glicose no sangue) e assumindo uma conotação potencialmente negativa, uma vez que acarreta, entre outros, custos físicos (e.g., sintomas da doença), psicológicos (e.g., expectativas em relação à doença, alterações de humor) e profissionais (e.g., possibilidade interferência da sintomatologia e/ou da terapêutica na dinâmica do trabalho) (Cardoso, 2004). Apesar de existir um número significativo de pessoas a viver com esta condição, a mesma continua a ter um impacto negativo na relação entre a própria pessoa e o seu próprio corpo, o seu projeto de vida e todo o contexto em este se insere (Cardoso, 2004).

Os resultados vão ao encontro da literatura na medida em que emergem de forma clara várias questões ligadas à saúde sexual e reprodutiva, suportando a ideia de que as doenças crónicas podem ter efeitos negativos no relacionamento e no funcionamento e bem-estar sexual, quer dos pacientes quer dos parceiros, e que estas acarretam efeitos biológicos (e.g., fadiga e dor) e psicológicos (e.g., ansiedade e depressão) (McInnes, 2003; Verschuren, et al., 2010). No presente estudo, os resultados foram analisados com um todo, ao contrário do que foi feito no estudo de Santos (2017), desenvolvido com um conjunto de adultos emergentes com DMT1, cujos resultados foram analisados questão a questão. Ainda assim, é possível salientar que no estudo de Santos (2017), alguns dos adultos emergentes com DMT1 não identificaram desafios específicos na vivência da sua

saúde sexual e reprodutiva, provavelmente por se tratar de uma amostra jovem, cujo diagnóstico foi feito há menos de 10 anos e, portanto, podem ainda não ter experienciado as complicações a longo prazo que esta doença pode causar. Contudo, os resultados deste estudo demonstram que, para adultos emergentes com DMT1, as relações românticas e a saúde sexual e reprodutiva constituem uma fonte de desafios, dúvidas e experiências (Santos, 2017). Diferente do presente estudo, no estudo de Santos (2017) emergem questões como dúvidas e receios face ao planeamento familiar, as quais neste emergem como experiências, a gestão das próprias expectativas, a imagem corporal e a utilização da bomba de insulina durante as relações sexuais. É necessário ter em consideração as diferenças relativas às faixas etárias de ambos os estudos (adultos emergentes *versus* adultos), uma vez que se tratam de etapas de vida distintas e, por conseguinte, distintas experiências e expectativas relativamente às relações amorosas. Também a “idade adulta e o envelhecimento representam novos desafios para os indivíduos com diabetes. Adultos jovens e de meia-idade gerem a diabetes no contexto de demandas competitivas de trabalho e educação infantil. Os adultos mais velhos gerem a diabetes no contexto de outros problemas de saúde (e.g., doença cardiovascular, cancro, demência), alguns dos quais causados por complicações a longo prazo da diabetes.” (Wiebe, Helgeson, & Berg, 2016, p.531).

Ainda assim, o presente estudo apresenta algumas limitações, que podem ter influenciado os resultados e, por isso, devem ser tomadas em consideração. O facto de a metodologia utilizada ter sido transversal, tendo sido feita uma recolha de dados apenas num momento, não permitiu que fosse possível acompanhar as alterações das significações e experiências dos participantes ao longo do tempo. Nesse sentido, futuramente, pode ser realizada uma adaptação do estudo, adotando uma metodologia longitudinal, de forma a compreender as mudanças que ocorrem nas significações e experiências com o passar do tempo. Também o facto da aplicação do questionário ter sido feita online pode ser tomado como um limite do estudo, uma vez que os indivíduos que participaram no estudo fazem parte de uma faixa etária adulta (idade igual ou superior a 35 anos), que pode utilizar com menos frequência as redes sociais comparativamente às mais jovens, o que pode ter contribuído para a reduzida dimensão da amostra e a escassez de respostas à totalidade do questionário. Desta forma, no futuro, poderia ser vantajoso replicar o estudo utilizando questionários presenciais ou entrevistas. Uma outra limitação prende-se com o facto de apenas a terceira questão remeter para a experiência pessoal dos indivíduos, enquanto que as questões um e dois podem ser baseadas não só na opinião

peçoal, mas também na experiência de contacto com outros doentes, podendo assim os resultados deste estudo não serem totalmente baseados nas significações e experiências dos próprios participantes com a doença, mas também em opiniões construídas com base na experiência de terceiros. Por fim, também a análise qualitativa dos dados, feita com base apenas na interpretação das investigadoras, pode ser considerada como uma limitação do estudo, uma vez que esta ser subjetiva por estar dependente apenas da opinião pessoal e profissional das mesmas.

Por se tratar de um estudo qualitativo, foi possível recolher informação proveniente de fontes que experienciam o que é viver e relacionar-se com esta doença, permitindo, assim, um conhecimento mais aprofundado do que o existente na literatura sobre esta temática. É esperado que os resultados do presente estudo possam contribuir para preencher a lacuna existe na investigação sobre as significações e experiências das relações amorosas e de saúde sexual e reprodutiva em pessoas adultas com DMT. Por outro lado, a obtenção de conhecimento sobre esta temática, pode contribuir para aumentar o conhecimento para profissionais de saúde e grupos de interesse e para elementos a introduzir nas abordagens psicoeducativas, de forma a melhorar a qualidade das relações amorosas dos pacientes e na aceitação dos sintomas e complicações da doença quer dos próprios pacientes quer dos seus parceiros.

Além das sugestões supracitadas, em futuras investigações, poderia ser pertinente replicar o estudo com uma amostra maior e alargá-la a diferentes populações, para perceber de que forma as diferenças existentes nos serviços de saúde de outros países tem influência na maneira como os pacientes encaram a doença, no contexto da saúde sexual e reprodutiva. Salienta-se também a necessidade de um estudo longitudinal e com profissionais de saúde, de forma a compreender o papel da evolução da doença e de que forma a informação que os profissionais têm é adequada às necessidades manifestadas nas diferentes fases da doença. Poderia, ainda, ser feito um estudo comparativo entre pacientes com DMT1, DMT2 e indivíduos isentos de qualquer doença crónica, de forma a perceber as semelhanças e diferenças existentes na vivência da saúde sexual e reprodutiva dos três grupos.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J. P., & Pereira, M. G. (2008). Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida para adolescentes com Diabetes Tipo 1: Estudo de validação do DQOL. *Análise Psicológica*, 26(2), 295-307.
- American Diabetes Association. (2002). Preconception care of women with diabetes. *Diabetes care*, 25(Supplement 1), S82-S84.
- American Diabetes Association. (2014). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care*, 37(Supplement 1), S81-S90.
- Barreto, M., Gaio, V., Kislaya, I., Antunes, L., Rodrigues, A. P., Silva, A. C., ... & Dias, C. M. (2016). *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde*. Lisboa: INSA IP.
- Basmatzou, T., & Konstantinos Hatziveis, M. D. (2016). Diabetes mellitus and influences on human fertility. *International Journal of Caring Sciences*, 9(1), 371–379.
- Basson, R. J., Rucker, B. M., Laird, P. G., & Conry, R. (2001). Sexuality of women with diabetes. *Journal of Sexual & Reproductive Medicine*, 1(1), 11-20. doi:10.4172/1488-5069.1000004
- Boavida, J. M. (2016). Diabetes: uma emergência de saúde pública e de políticas da saúde. *Revista portuguesa de saúde pública*, 34(1), 1–2.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Braun V., & Clarke, V. (2014). What can “thematic analysis” offer health and wellbeing researchers? *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9(1), 1-2. doi:10.3402/qhw.v9.26152

- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of psychosomatic research*, 60(6), 631-637.
- Cardoso, J. (2004). Sexualidade na doença crónica e na deficiência física. *Revista Portuguesa de medicina geral e familiar*, 20(3), 385-94.
- Carvalho, M. (2006). Bombas Infusoras Portáteis de Insulina em Portugal: O papel da Sociedade Portuguesa de Diabetologia. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 1, 19-21.
- Casson, I. F., Clarke, C. A., Howard, C. V., McKendrick, O., Pennycook, S., Pharoah, P. O. D., ... & Walkinshaw, S. (1997). Outcomes of pregnancy in insulin dependent diabetic women: results of a five year population cohort study. *BMJ*, 315(7103), 275-278.
- Checton, M. G., Greene, K., Magsamen-Conrad, K., & Venetis, M. K. (2012). Patients' and partners' perspectives of chronic illness and its management. *Families, Systems, & Health*, 30(2), 114–129. doi:10.1037/a0028598
- Codner, E., Merino, P. M., & Tena-Sempere, M. (2012). Female reproduction and type 1 diabetes: From mechanisms to clinical findings. *Human Reproduction Update*, 18(5), 568-585. doi:10.1093/humupd/dms024
- Enzlin, P., Mathieu, C., Van den Bruel, A., Vanderschueren, D., & Demyttenaere, K. (2003). Prevalence and predictors of sexual dysfunction in patients with type 1 diabetes. *Diabetes care*, 26(2), 409-414. doi:10.2337/diacare.26.2.409
- Enzlin, P., Rosen, R., Wiegel, M., Brown, J., Wessells, H., Gatcomb, P., ... & Cleary, P.A. (2009). Sexual dysfunction in women with type 1 Diabetes: Long-term findings from the DCCT/EDIC study cohort. *Diabetes Care*, 32(5), 780-785. doi:10.2337/dc08-1164
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of general psychology*, 4(2), 132-154.

- Gardete Correia, L., Boavida, J. M., Almeida, J. F., Anselmo, J., Ayala, M., Cardoso, S. M., ... & Raposo, J. (2016). *Diabetes: factos e números – O ano de 2015. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.
- Kitzmiller, J. L., Buchanan, T. A., Siri, K., Combs, A. C., & Ratner, R. E. (1996). Pre-Conception Care of Diabetes, Congenital Malformations, and Spontaneous Abortions. *Diabetes Care*, 19(5), 514–541. doi:10.2337/diacare.19.5.514
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. *The Self-regulation of Health and Illness Behaviour*, 1, 42-65.
- McInnes, R. A. (2003). Chronic illness and sexuality. *Medical Journal of Australia*, 179(5), 263-266. <https://doi.org/10.2307/3426228>
- Patriota, T. (1994). Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. *Plataforma de Cairo*.
- Petrie, K. J., & Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter. *Clinical Medicine*, 6(6), 536-539. doi:10.7861/clinmedicine.6-6-536
- Portal da Diabetes. (n.d.). *O que é a Diabetes? - Diabetes tipo 1*. Disponível em: <http://www.apdp.pt/diabetes/a-pessoa-com-diabetes/o-que-e-a-diabetes#diabetes-tipo-1>
- Reed, B. D. (1992). Risk factors for Candida vulvovaginitis. *Obstetrical & gynecological survey*, 47(8), 551-560.
- Ryan, C. M. (1997). Psychological Factors and Diabetes. In Holt, R. I. G., Cockram, C. S., Flyvbjerg, A. & Goldstein B. J. (Eds.) *Textbook of Diabetes*. (4th ed., pp. 807-834). Oxford, U.K: Blackwell Publishing.
- Sabaté, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization.



- Santos, A. R. N. dos (2017). *Sexual and Reproductive Health in Type 1 Diabetes Mellitus: An Exploratory Approach to Emerging Adults' Perceptions*. (Tese de Mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Diabetes: Bombas de Insulina*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/11/14/diabetes-dispositivos-de-psci/>
- Sobel, J. D. (1993). Candidal Vulvovaginitis. *Clinical obstetrics and gynecology*, 36(1), 153-165.
- Sparud-Lundin, C., Öhrn, I., & Danielson, E. (2010). Redefining relationships and identity in young adults with type 1 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 128–138. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05166.x>
- Thomas, A. M., & LoPiccolo, J. (1994). Sexual functioning in persons with diabetes: Issues in research, treatment, and education. *Clinical Psychology Review*, 14(1), 61–86. doi:10.1016/0272-7358(94)90048-5
- Verschuren, J. E. A., Enzlin, P., Dijkstra, P. U., Geertzen, J. H. B., & Dekker, R. (2010). Chronic Disease and Sexuality: A Generic Conceptual Framework. *Journal of Sex Research*, 47(2-3), 153–170. doi:10.1080/00224491003658227
- Weiss, P. A., Scholz, H. S., Haas, J., Tamussino, K. F., Seissler, J., & Borkenstein, M. H. (2000). Long-term follow-up of infants of mothers with type 1 diabetes: evidence for hereditary and nonhereditary transmission of diabetes and precursors. *Diabetes Care*, 23(7), 905–911. doi:10.2337/diacare.23.7.905
- Wiebe, D. J., Helgeson, V., & Berg, C. A. (2016). The social context of managing diabetes across the life span. *American Psychologist*, 71(7), 526–538. doi:10.1037/a0040355
- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva*. World Health Organization.

Ziaei-Rad, M., Vahdaninia, M., & Montazeri, A. (2010). Sexual dysfunctions in patients with diabetes: A study from Iran. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 8. doi:10.1186/1477-7827-8-50

## **7. ANEXOS**

### **Anexo 1- Formulário de Consentimento Informado**

O presente estudo encontra-se integrado na dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica da Saúde e da Doença, pela Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa (FPUL), da aluna Mariana Correia Veiga Baptista sob orientação da Professora Doutora Patrícia Pascoal e co-orientação da Professora Doutora Luísa Barros. O projeto obteve parecer favorável da Comissão Especializada de Deontologia do Conselho Científico da FPUL.

Este estudo tem como objetivo ajudar a conhecer e explorar as vivências de intimidade e saúde sexual e reprodutiva em pessoas adultas com Diabetes Mellitus Tipo 1 (T1D).

#### Posso participar?

Pode participar se é uma pessoa adulta, com idade igual ou superior a 35 anos, que fala português, com diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 1.

Caso tenha menos de 35 anos e queira participar num estudo nesta área pode aceder ao link: <https://goo.gl/8wzZOq>

#### Porque devo participar?

A sua participação contribuirá para melhorar o conhecimento de fatores associados às vivências de intimidade e saúde sexual e reprodutiva em pessoas adultas com diagnóstico de T1D.

#### Serei remunerado/a por participar?

Não. A sua participação neste estudo é de carácter voluntário, não existindo qualquer recompensa associada e podendo terminar a sua participação a qualquer momento.

#### O que me será pedido?

Para participar no estudo, será necessário que responda individualmente e num contexto privado a um conjunto de questões acerca de características individuais, da sua saúde, vivências de intimidade e saúde sexual e reprodutiva.

Algumas questões incidem na área da sexualidade, pelo que é utilizada linguagem explícita e direta, que pode incomodar as pessoas mais sensíveis a este tipo de temática. Se não se sentir à vontade com esta temática, pondere não participar neste estudo.

#### Quanto tempo demora?

Em média terá uma duração aproximada de 20 minutos, mas é variável de pessoa para pessoa.

Os meus dados estarão protegidos?

O estudo é anónimo, pelo que nenhum dado pessoal que o/a identifique será recolhido e o IP será apagado. Apenas as investigadoras responsáveis pelo estudo terão acesso aos dados, não sabendo a quem pertencem as respostas.

Posso ter acesso aos resultados do estudo?

Após a conclusão do estudo, poderão ser disponibilizados, a todos os participantes interessados, os resultados globais obtidos no estudo.

Se tem interesse em receber os resultados, poderá solicitá-los através do e-mail [saudesexual@psicologia.ulisboa.pt](mailto:saudesexual@psicologia.ulisboa.pt), sendo que os e-mails recebidos não serão associados às respostas do questionário.

Por favor, leia este formulário com atenção e, em caso de dúvida, envie as suas questões ou comentários para o e-mail [saudesexual@psicologia.ulisboa.pt](mailto:saudesexual@psicologia.ulisboa.pt).

Após a leitura do consentimento informado:

Tomei conhecimento a cerca da natureza e objetivos do estudo;

Sei que tenho a possibilidade de esclarecer qualquer dúvida com as investigadoras responsáveis pelo estudo;

Sei que sou livre de abandonar o estudo a qualquer momento;

Sei que não serão recolhidos dados que permitam a minha identificação;

Sei que o estudo é voluntário, pelo que a minha participação não terá qualquer remuneração;

Concordo que as minhas respostas sejam analisadas pelas investigadoras responsáveis pelo estudo;

Confirmo que preencho os requisitos necessários para participar;

Confirmo que li o consentimento informado com atenção e que me sinto esclarecido/a.

- SIM, li o consentimento informado e pretendo participar no estudo.
- NÃO, li o consentimento informado e não pretendo participar no estudo.

## Anexo 2 - Protocolo

Em seguida será apresentado um Questionário de Dados Sociodemográficos.

Sempre que chegar ao fim de um conjunto de questões, clique no botão com o símbolo “>>”, que se encontra no fim da página, para passar para o próximo grupo de questões. A sua resposta a todos os itens é extremamente importante e relevante para a realização do estudo, pelo que, antes de passar à página seguinte, serão identificadas as questões a que não respondeu.

1. Identifico-me como:

- ☐ Homem
- ☐ Mulher
- ☐ Outr@

2. Idade:

3. Nacionalidade:

4. País de Residência:

5. Língua Materna:

6. Meio de Residência:

- ☐ Rural
- ☐ Urbano

6.1. Zona de Residência:

- ☐ 1. Açores
- ☐ 2. Aveiro
- ☐ 3. Beja
- ☐ 4. Braga
- ☐ 5. Bragança
- ☐ 6. Castelo Branco
- ☐ 7. Coimbra
- ☐ 8. Évora
- ☐ 9. Faro
- ☐ 10. Guarda
- ☐ 11. Leiria
- ☐ 12. Lisboa
- ☐ 13. Madeira
- ☐ 14. Portalegre
- ☐ 15. Porto

- ☐ 16. Santarém
- ☐ 17. Setúbal
- ☐ 18. Viana do Castelo
- ☐ 19. Vila Real
- ☐ 20. Viseu.

7. Habilitações Académicas:

- ☐ Até ao 4ºano
- ☐ 5º - 6ºano
- ☐ 7º - 9ºano
- ☐ 10º - 11º ano
- ☐ 12º ano (completo)
- ☐ Frequência universitária incompleta
- ☐ Licenciatura ou superior

8. Profissão:

9. Orientação Sexual:

- ☐ Heterossexual
- ☐ Homossexual
- ☐ Bissexual
- ☐ Outra

10. Como descreve a sua situação relacional íntima/romântica e/ou sexual atual?

- ☐ Não estou em nenhum relacionamento íntimo
- ☐ Estou numa relação monogâmica
- ☐ Estou numa relação aberta
- ☐ Outra

11. Quantos filhos tem?

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ > 3

12. Há quantos anos recebeu o diagnóstico de diabetes tipo 1?

13. Iniciou vida sexual (por “vida sexual” entende-se o envolvimento físico e sexual com outra/s pessoa/s com ou sem penetração)?

- ☐ Não
- ☐ Sim

14. Qual o tipo de terapêutica associada à Diabetes Mellitus Tipo 1 que faz?

- ☐ Insulinoterapia com canetas de insulina
- ☐ Insulinoterapia através de Sistema de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina (Bomba de insulina).

15. Tem alguma complicação associada à Diabetes Mellitus Tipo 1?

- ☐ Não
- ☐ Sim. Qual/Quais?

16. Excluindo as complicações associadas à Diabetes, tem atualmente outra situação clínica?

- ☐ Não
- ☐ Sim. Qual/Quais?

Seguidamente vão ser-lhe apresentadas algumas questões abertas com vista a recolher as suas impressões, experiências, opiniões e sentimentos sobre a vivência com Diabetes Mellitus Tipo 1.

Leia com atenção a questão, para que a sua resposta seja adequada à questão colocada e possamos comparar as diferentes perspetivas.

A sua experiência é única e nesse sentido, pedimos-lhe que responda às seguintes questões de forma informativa e rica.

EXEMPLO: Como descreve a experiência de ter um animal de estimação?

- Resposta pouco informativa: Eu gosto.

- Resposta informativa: Para mim, ter um animal de estimação é sinónimo de ter sempre companhia, dar e receber carinho e, no meu caso concreto, que tenho um cão, transmite-me também uma sensação de segurança e proteção.

Considera que existem desafios específicos que se colocam aos adultos com Diabetes Mellitus Tipo 1, na manutenção de relações amorosas com outra pessoa (e.g., namorado/a)? Pode dar exemplos? Que estratégias podem ser utilizadas para lidar com esses desafios?



Que tipo de questões, dúvidas ou experiências referentes à vida sexual e /ou reprodutiva considera serem específicas de adultos com Diabetes Mellitus Tipo 1? (Se possível, apresente vários exemplos).



Já sentiu alguma dificuldade na sua vida íntima, sexual ou reprodutiva ligada à Diabetes Mellitus Tipo 1? Em caso afirmativo, como lidou com essa situação ou outras semelhantes?





## **Esclarecimento Após o Estudo**

**Para submeter as suas respostas tem de clicar nas setas que encontra no final desta página, de outra forma as suas repostas não ficam registadas.**

Agradecemos a sua disponibilidade para participar no estudo. Como referido anteriormente, estamos disponíveis para qualquer esclarecimento ou questão sobre o mesmo, através do e-mail [saudesexual@psicologia.ulisboa.pt](mailto:saudesexual@psicologia.ulisboa.pt).

As pessoas que tenham necessidade de apoio e esclarecimento acerca de questões ligadas à sexualidade, poderão solicitar um esclarecimento presencial gratuito, na consulta de sexologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa através do email [saudesexual@psicologia.ulisboa.pt](mailto:saudesexual@psicologia.ulisboa.pt) ou de forma autónoma recorrer aos serviços de informação existente (DGS e Sexualidade em Linha) ou ainda a consultas públicas ou privadas de sexologia (Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica) cujos contactos disponibilizamos abaixo.

### **Contactos úteis:**

#### **DGS:**

**Tel:** 21 843 05 00

**Site:** <https://www.dgs.pt>

**E-mail:** [geral@dgs.min-saude.pt](mailto:geral@dgs.min-saude.pt)

**SNS 24:** 808 24 24 24

**Sexualidade em Linha:** 800 222 003

#### **Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica:**

**Site:** <http://spsc.pt>

**E-mail:** [geral@spsc.pt](mailto:geral@spsc.pt)